Lane Medical Library

Die Gesichtslagen in der Universitätsfrauenklinik München in der Zeit von 1924-1933.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt am 23. Januar 1936

von

Florian Schenk

München-Perlach, Bezirkskrankenhaus.

1936

Buchdruckerei Karl Mayer, Günzburg a. Donau

Referent: Prof. Dr. Rech.

Meinen Eltern gewidmet!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153307_0163

Das Aufblühen der arabischen Medizin, die zur damaligen Zeit immer mehr an Bedeutung gewann, wirkte auch auf dem Gebiet der Geburtshilfe anregend, und so wurde z. B. zum ersten Mal eine Lage beschrieben, bei der „der Kopf in den Nacken geschlagen war", was unschwer als Gesichtslage gedeutet werden kann. Der sieghafte Durchbruch der ernsthaften Wissenschaften fiel aber erst in die Zeit des 17. Jahrhunderts. Dank der zahlreichen Forschungen auf geburtshilflichem Gebiet in früherer Zeit sind wir heute in der Lage, die Haltungsanomalie nach Geburtsmechanismus, Aetiologie, Häufigkeit anzuwendender Therapie etc. zu erkennen. Doch bedarf es immer wieder erneuter Nachprüfungen, um in den verschiedenartig gelagerten Fällen neue Gesichtspunkte in Betracht zu ziehen.

So ist es auch der Zweck dieser Arbeit, das vom 1. Januar 1924 bis 31. Dezember 1933 an der Universitätsfrauenklinik zu München beobachtete Material zu untersuchen und auszuwerten.

Es kamen in der Zeit von 192 einschließlich bis 1933 unter 26 000 Geburten der Universitätsfrauenklinik 110 = 0,42 % Gesichtslagen zur Beobachtung, somit auf 236 Geburten eine Gesichtslage.

Das von Raschhofer angegebene Häufigkeitsverhältnis betrug 1 : 277 = 0,36 %, das von Winkel 1 : 158, Faßbender 1 : 266 = 0,44 %, Krasnick 1 : 230 = 0,43 %. Es weicht also das von mir errechnete Ergebnis von diesen Zahlen nicht wesentlich ab.

Eine I. Gesichtslage fand sich in 58 Fällen, eine II. Gesichtslage in 48 Fällen, 4 mal war über die Stellung nichts berichtet. Die Häufigkeit der I. Gesichtslage zur zweiten verhält sich demnach bei den von mir berücksichtigten Fällen wie 58 : 48. Nach Hecker verhält sich die erste Schädellage zur zweiten wie 2,56 : 1, nach v. Winkel 1,79 : 1, nach Faßbender 1,8 : 1. Daraus kann man wohl auf ein häufigeres Vorkommen der ersten Stellung schließen, obwohl Duncan das Gegenteil annahm.

Das Verhältnis der Erst- zu den Mehrgebärenden beträgt 138 : 72 = 1 : 1,79. An der Bonner Frauenklinik fand sich das Verhältnis umgekehrt, aber in allen anderen Statistiken fand ich ein, wenn auch nur geringes, Ueberwiegen der Mehr- über die Erstgeschwängerten,

z. Beisp nach Ahlfeld 1 : 2,7
„ v. Hecker 1 : 1,77
„ v. Winkel 1 : 1,50
„ Raschhofer 1 : 1,33 (Frauenklinik Wien von 1900 – 1925)

Laut meinen Unterlagen standen von den 110 in Gesichtslage Gebärenden im Alter von:

15—20	Jahre	9	Frauen	= 8,1%
20—25	„	30	„	= 35 %
25—30	„	30	„	= 35 %
30—35	„	24	„	= 21 %
35—40	„	12	„	= 11 %
40 - 45	„	3	„	= 2,7%

Sogar 2 Frauen waren schon 47 Jahre alt = 1,8 %. Als Vergleich führe ich die Zahlen von Steinbüchel aus 334 Fälle an:

15—20	Jahre alt	22	Frauen	= 6,59 %
20—25	„ „	133	„	= 39,82 %
25—30	„ „	99	„	= 29,64 %
30—35	„ „	44	„	= 13,19 %
35—40	„ „	28	„	= 8,38 %
40—45	„ „	8	„	= 2,4 %

Das Verhältnis der Knaben zu den Mädchen war wie
55 : 55 = 1 : I

Das Durchschnittsgewicht der Kinder wird in der Regel mit 3200 gr angegeben. Bei den von mir statistisch berücksichtigten Gesichtslagenkindern errechnet sich das Mittelgewicht auf ca. 3 400 gr, davon waren ca. 50 % der Kinder über 50 cm lang. Dieses Resultat stimmt mit den von anderen Autoren aufgestellten Erfahrungsgesetz, daß hauptsächlich große Kinder in Gesichtslage geboren werden, überein. Die Untersuchung des Gewichtes und der Länge der Gesichtslagenkinder stellt zugleich eine Ueberleitung zur Frage nach der Aetiologie dieser Lagenanomalie dar.

Die Größe das Kindes kann aber nicht als absoluter, die Gesichtslage begünstigender Moment gelten, wie überhaupt ein einzelner Faktor nicht für den von der Norm abweichenden Geburtsmechanismus verantwortlich gemacht werden kann. Vielmehr kommt die Gesichtslage nur als Resultat mehrerer in der Gesamtheit wirkender Faktoren zustande. Aus diesem Grunde ist auch die sonst zweckmäßige Einteilung in primäre, schon in der Schwangerschaft eingeleitete, und sekundäre, im Verlauf der Geburt sich ausbildende Gesichtslagen nicht immer streng durchzuführen. Die Tatsache des Zusammenwirkens mehrerer Faktoren ergibt auch die Schwierigkeit der ätiologischen Beurteilung der einzelnen Fälle.

Kermauer hat (Wiener klin. Wochenschrift 1926/1) darauf hingewiesen, daß die Hauptursache der Streckhaltungen in angeborenen Fehlern der Entwicklung der obersten Halsabschnitte und des Hinterhauptbeines zu suchen sei. Er führt tatsächliche Beobachtungen über angeborene Fehler der Halswirbel als anatomisch sichergestellte Befunde an. Auf dem Röntgenkongreß 1926 in Berlin hat Goldhammer die großen Veränderungen an Hand von Röntgenbildern skelettierter Schädel zur Darstellung gebracht. Vollkommene Unmöglichkeit jeder Beugung bei erhaltener Streckung führt zur Gesichtshaltung. In dem von mir angegebenen Material ist zwar von Fehlern an den Halsabschnitten nichts erwähnt, dagegen ist bei 11 Gesichtslagenkindern nichts zu finden (Kind und Mutter hatten keine Anomalien), sodaß unter diesen Fällen wahrscheinlich der eine oder andere Fall mit den von Kermauer angegebenen Ursachen übereinstimmen könnte. Raschhofer sieht die Hauptursachen in der mißgebildeten Halswirbelsäule. Er führt dabei die Seltenheit einer Wiederholung von Gesichtslagegeburten bei derselben Frau an.

In meinem Material sind unter 72 Mehrgebärenden 2 Frauen mit wiederholten Gesichtslagekindern beobachtet worden. Bei der einen Frau mit großem Kind war das Becken verengt, was für die Bedeutung des Beckens als ursächlichen Faktor spricht, dagegen waren im anderen Fall Kind und mütterlicher Gebärapparat scheinbar vollkommen normal, sodaß diese Wiederholung dagegen als Vererbung von Anlagefehlern der Halswirbelsäule zu deuten wäre.

Ich will nun die in meinem Material vorkommenden, eine Streckhaltung begünstigenden Umstände erwähnen:

a.) Wegdrängen des Kinnes von der Brust durch sehr große

1.) Struma congenita (nur ein Fall). Döderlein führt an, daß viele Strumen wieder zurückgehen, weshalb solche durch die Geburt entstanden sein müssen.
v. Steinbüchel und Ahlfeld geben aus ihrem Material auch nur je 3 Fälle von persistierender Struma bekannt.

2.) In meinem Material sind 3 Fälle angegeben von Nabelschnurschlingen zwischen Hals und Kopf. Falls durch eine Nabelschnurumschlingung eine Gesichtshaltung entstehen sollte, ist es wohl weniger die Anzahl der Schlingen, als vielmehr die knotige Beschaffenheit der Nabelschnur, welche ein Abdrängen des Kinnes bewerkstelligen kann.

3.) Zwillinge müssen unter entsprechenden Umständen auch hier angeführt werden. In dem von mir bearbeiteten Material wurde nur ein Fall beobachtet, bei dem das erste Kind in Gesichtslage mit Armvorfall geboren wurde. Vielleicht hat sich der Arm zwischen Kinn und Brust gelagert.

Alle diese Gruppen haben wohl keine große Bedeutung.

b.) Verkürzung des Halses:

v. Steinbüchel gibt an, daß abnorme Kürze des Halses, welche eine innige Annäherung des Kinnes an die Brust erschwert, sich häufig bei sehr kräftig entwickelten Gesichtslagekindern vorfindet. In meinem Material ist keine diesbezügliche Bemerkung zu finden. Infolge der Verkürzung des rückwärtigen Halsabschnittes und des Ueberwiegens von Gewicht und Umfang des Rumpfes gegenüber der Fruchtlänge treten auch bei Hemizephalen Gesichtslagen auf. Die Hemizephalen kann man gewissermaßen als Endglieder der ganzen Reihe von Halswirbelsäulenveränderungen betrachten, die hier in Frage kommen. In meinem Material fanden sich 2 Fälle.

v. Steinbüchel erwähnt ebenfalls 2 Fälle und Raschhofer 3.

c.) Steigerung der Beweglichkeit und damit Begünstigung von Haltungsänderungen der Frucht:

1.) Hydramnion: 2 Fälle

2.) Frühgeburten: 4 Fälle, alle stark untergewichtig.

3.) Ueber Schlaffheit der Bauchdecken ist in meinem Material nichts vermerkt worden.

d.) Ueber Schieflage der Gebärmutter ist ebenfalls nichts angegeben.

e.) Mißverhältnis zwischen Geburtsweg und Kind:

Wie schon erwähnt, sieht Kermauer die Hauptursachen der Streckhaltungen in angeborenen Fehlern des obersten Halsabschnittes. Ich glaube aber, daß dies wie verschiedene Statistiken und auch die meinige zeigen, durch die überwiegende Häufigkeit der Ursachen des Mißverhältnisses zwischen Geburtsweg und Kind widerlegt wird. Also kann man nicht von Hauptursachen sprechen, sondern nur von einem Zusammenwirken von Ursachen, wobei Kermauer insofern nicht ganz unrecht hat, weil Fehler im Halsabschnitt sicher bedeutungsvoll sind.

Was nun den Einfluß des engen Beckens auf das Zustandekommen von Gesichtslagen anbelangt, so darf man diesen Einfluß allerdings auch nicht überschätzen, weil ein großer Teil der Beckenverengerungen nicht zu Gesichtslagen führt. So sind z. B. in Chrobaks Berichten unter 1297 Geburten mit engen Becken nur 19 Gesichtshaltungen angeführt = 1,4 %.

In dem von mir bearbeiteten Material befanden sich bei 110 Gesichtslagegeburten 66 Beckenverengungen, also 60 %, davon entfallen auf die leichten Beckenverengerungen die meisten Fälle. Ein Vera-Maß unter 7,5 cm hatte nur ein einziges Becken. Als rachitisch waren nur 5 Becken bezeichnet. Wahrscheinlich sind viele Becken nicht als rachitisch angegeben worden. Einige Vergleichszahlen seien hier erwähnt:

Steinbüchel:	3,1 %	Beckenverengerungen
v. Winkel:	44,4 %	„
Küstner:	50 %	„
Raschhofer:	45,5 %	„

In den genannten Zahlen muß berücksichtigt werden, daß früher nicht soviel Beckenmessungen vorgenommen wurden.

Der durchschnittliche Kopfumfang beträgt bei meinen Gesichtslagekindern ca. 37,2 cm. Nur 6 Kinder hatten einen Kopfumfang unter dem Normalmaß von 35 cm. Dieses Ergebnis, daß Gesichtslagekinder meistens große Kopfumfange haben, stimmt mit der Meinung anderer Autoren überein.

v. Hecker hat besonders das Zusammenwirken von Dolichocephalie mit leichten Beckenverengungen als Ursache für die Gesichtslage betont. In meinen Fällen kann ich das nicht entscheiden, weil nur die Messungen kurz nach der Geburt vorliegen.

Ein begünstigendes Moment für die Gesichtslage ist der frühzeitige Blasensprung mit schnellem Fruchtwasserabfluß. In meinen Fällen habe ich 8 mal vorzeitigen und 4 mal frühzeitigen Blasensprung zu verzeichnen.

Bei der Gesichtslage ist die Haltung des kindlichen Körpers während der Geburt so hochgradig gegenüber der gewöhnlichen Geburtshaltung verändert, daß man meistens schon durch die äußere Untersuchung die Diagnose stellen kann. Da man in der Klinik noch meistens die innere Untersuchung vorgenommen hat, so war es leicht, die Diagnose zu stellen, was auch in den meisten Fällen geschah.

Die Prognose der Gesichtslagegeburt ist vor allem abhängig von der Therapie, weshalb Prognose und Therapie auch nicht getrennt behandelt werden soll. Mit der Geburtsdauer ist die Prognose innig verknüpft, da bei der Verlängerung der Geburtsdauer auch die Gefahren der Infektion und Quetschung mütterlicher Weichteile, sowie venöser Hyperämie mit Gefäßzerreißung, meningealen und cerbralen Blutergüssen der Kinder wachsen.

Die durchschnittliche Geburtsdauer meiner Ertgebärenden beträgt 17,5 Stunden, die der Mehrgebärenden 13,8 Stunden.

In 20 Fällen = 18 % waren Damm- und Scheidenrisse verzeichnet, also auch nicht mehr als bei physiologischen Lagen

20 Kinder = 6,3 % waren asphyktisch. v. Winkel gibt in seinem Material 10 % an.

Das Material aus der Universitätsfrauenklinik München in Bezug auf Therapie auszuwerten, ist umso verlockender, als

bereits Veröffentlichungen über die Behandlung der Gesichtslagen erschienen sind, so von Khreninger-Guggenberger. Ich will besonders das neue Material vergleichend mit dem alten besprechen und gleichzeitig untersuchen, ob die Behandlungsmethoden der Gesichtslagen in den letzten 50 Jahren Fortschritte gemacht hat, oder ob hier ein Stillstand eingetreten ist. Bei der Beantwortung dieser Frage müssen folgende Momente Berücksichtigung finden:

1.) Große Geburtenzahl
2.) Geburtshilfliche Klinik
3.) Erfahrene Geburtshelfer.

Khreninger-Guggenberger hat Untersuchungen über die Therapie der Stirn- und Gesichtshaltungen bei einem Material von 62415 Geburten unter Leitung Döderleins in den Jahren 1907 mit 1929 gemacht. Ich habe die Gesichtslagen in der gleichen Klinik an Hand von 26000 Geburten aus den Jahren 1924 mit 1933 bearbeitet.

Zunächst gebe ich die Meinung von Khreninger-Guggenberger wieder, die er sich aus seinen Untersuchungen gebildt hat: „Noch bis vor wenigen Jahren waren die hausgeburtshilflichen Methoden, wie Umwandlung, Wendung, Zange und Perforation bei den in Rede stehenden Geburtsanomalien fast ausschließlich auch in den Kliniken angewandt worden. Der Unterschied zwischen der häuslichen und klinischen Behandlung bestand nicht in der Anwendung anderer Entbindungsmethoden, sondern lediglich in dem verschiedenen Milieu und der größeren geburtshilflichen Erfahrung. Es fällt bei geschichtlicher Betrachtung auf, so betont v. Khreninger-Guggenberger, daß man die erschreckend hohe kindliche Mortalität nicht schon viel früher zum Anlaß genommen hat, den abdominellen Entbindungsweg zu wählen. Khreninger-Guggenberger kommt schließlich zu folgendem Ergebnis, indem er schreibt: „Wir haben heute im extraperitonealen Kaiserschnitt eine Entbindungsmethode, die bei richtiger Indikationsstellung und Technik den Zangenversuch mit Perforation des lebenden oder durch den Zangenversuch abgestorbenen Kindes im klinischen Betriebe zu verdrängen imstande ist". Diese Ansicht soll wohl besagen, daß der Kaiserschnitt in Zukunft bei Möglichkeit öfters angewandt werden soll. In meiner Arbeit wird dies nicht erwiesen, denn ich habe eine hohe kindliche Mortalität bei Kaiserschnitt zu verzeichnen, worauf ich später nochmal zurückkomme. Ferner ist der Kaiserschnitt nicht als Therapie der Gesichtslage für sich aufzufassen, sondern er wird angewandt aus Gründen anderer mütterlicher und kindlicher Geburtsanmalien.

Im nachfolgenden führe ich eine Uebersichtstabelle an, um zu untersuchen, ob die Ergebnisse meines bis Ende 1933 reichenden Materials mit dem von Khreninger-Guggenberger und anderen Autoren übereinstimmt.

	Autor	Klinik	Fälle	spontan		operativ		Enge Beckenken %
				Zahl	%	Zahl	%	
Ende des 19. Jahrhunderts	v. Steinbüchel 1894	Wien II	334	292	87,42	42	12,58	13,47
	Fassbender 1872		105	87	82,86	18	17,14	—
	Kamm 1879	Breslau	71	51	71,81	20	28,20	—
			510	430	80,68	80	19,34	
Beginn des 20. Jahrhunderts	Schenk 1924-1933	München	110	90	81,81	20	18,18	60,00
	Khreninger-Guggenberger 1929	München	260	213	81,90	47	18,10	27,20
	Raschhofer 1926	Wien II	305	254	83,30	49	16,00	—
	Martius 1913/23	Bonn	63	49	78,00	14	22,00	75
			738	606	82,10	130	17,60	

In der Tabelle haben wir einerseits die Gegenüberstellung des Materials der Wiener II. Klinik (1875 mit 1892), das 52464 Geburten umfaßt und für die Jahre 1900—1925 von Raschhofer mit 82631 Geburten und andererseits die Gegenüberstellung meines Materials von 1924 mit 1933 aus 26000 Geburten und des Materials von v. Khreninger-Guggenberger von 1907—1929.

Diese Gegenüberstellungen sind deshalb sehr interessant, weil man nun wohl mit Bestimmtheit sagen kann, daß weder bei spontaner Geburt noch bei operativer Entbindung prozentual ein wesentlicher Unterschied in den letzten 50 Jahren eingetreten ist. Auf Grund dieser 50jährigen klinisch-geburtshilflichen Erfahrung können wir nun sagen, daß in etwa 17—20 % operative Entbindung bei Gesichtslage notwendig ist.

Interessant ist, daß die Beckenverengerungen aus jüngeren Daten ganz bedeutend gegen früher zugenommen haben, was wohl einerseits mit den Kriegsjahren und andererseits damit

zusammenhängt, daß vielleicht früher nicht so regelmäßig Beckenmessungen vorgenommen wurden.

Nun eine Tabelle über die Sterblichkeit der Gesichtslagekinder:

	Autor	Fälle	Gesamte kindliche Mortalität
Ende des 19. Jahrhunderts	v. Steinbüchel	334	11,1%
	v. Winkel	698	13,0%
	Kamm	71	35,2%
	Fassbender	105	14,0%
Beginn des 20. Jahrhunderts	Schenk	110	10,1%
	v. Khreninger-Guggenberger	260	9,6%
	Raschhofer	305	20,0%
	Martius	63	10,0%

Das beste Ergebnis weist die Universitätsfrauenklinik von München auf aus der Arbeit von Schenk mit einer Mortalität von 10,1 %, bezw. von v. Khreninger-Guggenberger mit 9,6 %.

Auffallend hoch ist die von Kamm angegebene kindliche Gesamtmortalität. Sie zeigt deutlich, daß eine Erhöhung der künstlichen Entbindungszahlen parallel läuft mit einem größeren Kinderverlust. Im 20. Jahrhundert ist die hohe Mortalität bei Raschhofer auffallend. Mit Ausnahme von 4 Kaiserschnitten in dem Material von Raschhofer fand in der Wiener Klinik die operative Behandlung der Gesichtslagen ausschließlich auf vaginalem Wege statt.

Das günstige Ergebnis an der Münchener Klinik kann man wohl teilweise darauf zurückführen, daß man bei Gesichtslage, wenn sonst keine andere Anomalie vorliegt, immer mehr die abwartende Therapie betont. v. Khreninger-Guggenberger führt das günstige Ergebnis darauf zurück, daß Döderlein zu einer häufigeren Anwendung des Kaiserschnittes übergegangen sei. Nach seiner Arbeit dürfte aber der Kaiserschnitt kein so günstiges Ergebnis haben, denn bei 8maliger Anwendung (110 Gesichtslagefälle) starben 2 Kinder und eine Mutter. Die Frau war 31 Jahre alt ,mit engem Becken (Vera 8,5) und großes Kind. Der Knabe war 53 cm lg., 4000 gr. schwer. Er war scheintot und konnte nicht zum Leben gebracht werden. Die Sektion der Mutter ergab: septische Milz und trübe Leberschwellung. Aus dem Material von Khreninger-Guggenberger

ist zu ersehen, daß bei 16maliger Anwendung des Kaiserschnittes sogar 3 mütterliche Todesfälle zu verzeichnen sind.

In der nachfolgenden Zusammenstellung soll eine Uebersicht gegeben werden über kindliche Sterblichkeit nach einzelnen vaginalen und abdominalen Operationen:

		Fälle	Gestorben %
Ende des 19. Jahrhunderts.	v. Steinbüchel:		
	Innere Wendung	9	33,3
	Zange und Perforationen	27	65,5
	Umwandlung nicht gelungen	4	—
	Raschhofer:		
Anfang des 20. Jahrhunderts.	Innere Wendung	13	30,3
	Zange und Perforationen	27	70,4
	Umwandlung	—	—
	Sectio caes.	4	0,0
	v. Khreninger-Guggenberger: (1907—1929)		
	Innere Wendung	8	25,0
	Zange und Perforationen	21	60,0
	Umwandlung	1	0,0
	Sectio caes.	16	12,5
	Schenk: (1924—1933)		
	Innere Wendung	4	0,0
	Zange und Perforationen	8	37,5
	Sectio caes.	8	25,0
	Umwandlung	—	—

Bei 12 vaginalen Operationen sind 3 Kinder = 37,5 % gestorben, bei 8 abdominalen 2 = 25 %. v. Khreninger-Guggenberger verzeichnet 31 vaginale Operationen mit 19 toten Kindern = 61 % und 16 abdominalen Operationen mit 2 toten Kindern = 12,5 %. Aus der Statistik ist zu ersehen, daß diese für den abdominalen Operationsweg spricht, vorausgesetzt, daß ein erhebliches Mißverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken besteht. Insbesondere haben wir zu bedenken, daß wahrscheinlich eine Verbesserung des vaginalen Weges durch neue Zangenmodelle unter Berücksichtigung

des Geburtsmechanismus dieser Haltungsanomalie nicht zu erwarten ist. Die Zangenoperation schneidet in der oben aufgestellten Tabelle nicht günstig ab. Von vielen anderen Autoren wird die Zangenoperationsmethode ebenfalls für ungünstig gehalten. Man müßte also in einer Klinik die Zange in Zukunft so wenig als möglich anwenden.

Die Mortalität unserer Mütter bei 110 Gesichtslagen beträgt 1 = 0,9 %.
Raschhofer verzeichnet 2 : 305 = 0,65 % mütterliche Mortalität
Steinbüchel 2,99 %,
Hecker 3,1 %,
Faßbender 3,8 %,
v. Winkel 6 %.

Unter den gestorbenen Spontan-Gesichtslagengeburten befanden sich 4 Kinder mit Nabelschnurumschlingung. In solchen Fällen wäre wohl sofortiges Eingreifen mit der Zange indiziert, vorausgesetzt, daß der kindliche Kopf „zangengerecht" steht.

Eine eigene Bedeutung in der Therapie der Gesichtslagen nimmt die sehr seltene mentoposteriore Stellung ein. Nach Frühholz und ebenfalls nach einer Zusammenstellung von Eberle kommt auf 43 Gesichtslagen 1 mentoposteriore Stellung. In meinem Materail von 26 000 Geburten und 110 Gesichtslagen kam die mentoposteriore Lage 2 mal vor. Wegen der Seltenheit dieser Lage bespreche ich diese 2 Fälle ausführlicher:

1. Fall: Kreißende war 34 Jahre alt, hatte bereits 2 mal spontan lebende Kinder geboren. Beckenmessung ergab: Conj. Sp. 26,5, Cr. 29,5, Tr. 33, Conj. ext. 21. Befund bei der Aufnahme: Muttermund vollständig eröffnet, Fruchtblase steht, Gesicht im Beckeneingang, Kinn r. hinten. Zunächst keine Rotierung mehr. Im weiteren Verlaufe der Geburt drehte das Kinn dann doch noch nach vorne, und nach 16 Stunden Geburtsdauer erfolgte Spontangeburt eines lebenden reifen Knaben. 52 cm lg. und 3290 gr. schwer. Mutter und Kind konnten gesund aus der Klinik entlassen werden.

2. Fall: 21jährige Frau, bereits 2 Schwangerschaften gehabt, 1 Zangengeburt und 1 Abortus. Beckenmaße ergaben, Conj. Sp. 24, Cr. 26,5, Tr. 32,5, Conj. ext. 23. Geburtsdauer 20½ Stunden. Am 25. 10. 31 begannen die Wehen: Bei vollständig erweitertem Muttermund wird bei kräftigen Wehen und leichter Aethernarkose Walcher'sche Hängelage gemacht. Kinn dreht sich mehr nach hinten als nach vorne. 11 Uhr Vorbereitung zum Kaiserschnitt, da einerseits die Vorbedingungen zum

Drehen nicht gegeben sind, andererseits bei der absolut ungünstigen Lage „Gesichtslage Kinn hinten" für die Entbindung nur die Perforation in Frage käme. Kindliche Herztöne gut. Nun wurde der extrapert. Kaiserschnitt ausgeführt, wobei das Peritoneum in 8—10 cm riss, aber sofort wieder genäht wurde. Es wurde ein lebender großer Knabe zur Welt gebracht (52 cm lg., 3700 gr. schwer) Kopfdurchmesser 40 cm. Mutter und Kind konnten gesund entlassen werden.

Anderen Methoden erweist sich wohl gerade bei der absolut ungünstigen Gesichtslage (Kinn hinten) der extrap. Kaiserschnitt überlegen. So berichtet v. Steinbüchel über eine manuelle Umwandlung, wobei ein toter Knabe geboren wurde.

Wie mein erster Fall beweist, gibt es sogar in dieser absolut ungünstigen Einstellung doch noch Spontangeburten, dadurch, daß sich im weiteren Verlauf der Geburt das Kinn doch noch auf dem Beckenboden nach vorn dreht.

Diese Untersuchungen und die angestellten Vergleiche ergeben, daß bis jetzt keine prophylaktische Behandlung der Gesichtslage die angeführten Ergebnisse einer streng konservativen Therapie zu bessern vermochte.

Nicht die Gesichtslage an sich, sonden nur mütterliche oder kindliche Indikationen (mit Ausnahme der mento-posterioren Gesichtslage) fordern und berechtigen einen Eingriff. Fast alle bekannten Geburtshelfer, wie Sellheim, v. Winkel, v. Jaschke, Döderlein, Eymer reden weiter einer strikten expextativen Behandlung der Gesichtslage das Wort. In meinen vezeichneten Fällen wurden 2 Frauen nach Zangenversuch in die Klinik eingewiesen. Dort wurde abgewartet und in beiden Fällen konnte man Spontangeburten buchen. Gerade bei dieser Therapie darf der Geburtshelfer den Weg des biologischen Geschehens nicht verlassen, wobei ich an den Crédéschen Handgriff denke, der tausende von Frauen vor der Verblutung gerettet hat: Crédé selbst hat diesen segensreichen Griff vorübergehend in Verruf gebracht, als ihm die guten Erfolge bei Entfernung der gelösten Plazenta verführt hatten, den Griff stets in der Nachgeburtsperiode anzuwenden, auch bei noch haftender Plazenta. Es fällt also in allen nicht komplizierten Fällen der Therapie bei der Gesichtslage nur die Aufgabe zu, die Wehentätigkeit zu überwachen, ebenso die Rotation des Kinnes, sowie den frühzeitigen Blasensprung und Fruchtwasserabfluß zu verhüten. Vorbedingung ist dabei die „aseptisch abwartende Haltung" des Geburtshelfers. Diese aseptisch abwartende Haltung, auf die vaginale Untersuchung zu verzichten, wenn sie nicht unbedingt nötig ist, betont besonders mein Lehrer Professor Eymer.

Noch ein Wort über die Statistik. Wenn vielfach die Meinung besteht, sie sei nicht notwendig, also eine wertlose Arbeit, so möchte ich die Statistik vergleichen mit einem Seismographen, der alle Erdbewegungen kontrolliert und anzeigt. Dasselbe macht die Statistik in der Geburtshilfe: sie zeigt an, welche Methoden und Ansichten sich früher und in der letzten Zeit als falsch, schlecht oder gut erwiesen haben. Somit kann die Statistik beitragen zu einer Ablehnung nicht bewährter Methoden oder zu einer Beibehaltung und Verbesserung einer guten Methode, denn das Ziel einer Geburtshilfe ist und bleibt: Ein lebendes Kind und eine gesunde Mutter.

Die Anregung zu dieser Arbeit verdanke ich Herrn Oberarzt Dr. Rech, Dozent an der Universitätsfrauenklinik (Vorstand: Prof. Dr. Eymer) München, der mich bei der Verfassung dieser Arbeit freundlichst unterstützte.

Ihm, sowie allen meinen akademischen Lehrern, besonders Herrn Prof. Dr. Eymer, spreche ich an dieser Stelle meinen Dank aus.

Verwendete Literatur:

1.) Halban-Seitz, Biologie und Pathologie des Weibes.
2.) Dr. Guido Raschhofer „Ueber Gesichtshaltungen".
3.) v. Khreninger-Guggenberger. Archiv f. Gyn. 142.
4.) Handbuch von Döderlein.
5.) v. Jaschke.

Lebenslauf:

Ich bin geboren am 5. III. 1903 zu Lechbruck als Sohn des Oberpostschaffners Jakob Schenk. Nach erfolgreichem Volksschulbesuch trat ich am 1. I. 1918 in die Militärschule Fürstenfeldbruck ein. Am 1. I. 1921 schied ich freiwillig als Reichswehrunteroffizier aus dem Heeresdienst. Nun folgte eine 6jährige Tätigkeit als kaufmännischer Angestellter in der Bauindustrie und im Bankfach. Am 1. Sept. 29 trat ich nach bestandener Aufnahmeprüfung in die 9. Klasse der Luitpold-Oberrealschule München ein. Nach bestandener Reifeprüfung an derselben Schule studierte ich an der Münchener Universität 11 Semester. Medizinisches Staatsexamen im Herbst 1935.